

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 90 del 11.08.2014**Rif. punto d) della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010**

OGGETTO: Definizione per l'esercizio 2014 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78, ex art 44 Legge 833/78 ed alla macroarea della salute mentale e socio sanitario

PREMESSO

- a. che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- b. che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: "Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale";
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- d. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso attraverso i programmi operativi di cui al citato art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- e. che con decreto commissariale n. 25/2010 sono stati adottati i Programmi Operativi di cui al summenzionato art. 2, comma 88, della legge n. 191/2009, successivamente aggiornati con decreti commissariali n. 41/2010, n. 45/2011, n. 53/2012, n. 153/2012, n. 24/2013, n. 82/2013 e n. 18/2014;
- f. che con delibere del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- g. che fra gli acta della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, alla lettera d) è richiamata la "definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

- h. che, nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali", emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro" (Consiglio di Stato: sentenza n. 2470/2013);
- i. che l'art. 8 quinquies del D.L. 502/1992 e s.m. e i. disciplina i rapporti per la fornitura di prestazioni con i soggetti accreditati stabilendo in particolare al comma 2 che la Regione e le aziende sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, in cui vengono indicati:
1. il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima azienda sanitaria locale si impegna ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
 2. i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- j. che il DCA 18/2014 "Adeguamento programmi operativi 2013/2015 agli indirizzi ministeriali" prevede all'intervento 7.4 "Tetti di spesa e la stipula intese e contratti" un'azione specifica per la determinazione dei tetti di spesa per la riabilitazione territoriale;

VISTO che

- a. con decreto del Commissario ad acta n. 86 del 24 luglio 2013, modificato ed integrato dal decreto commissariale n. 102 del 11 ottobre 2013, sono stati fissati i limiti di spesa per l'esercizio 2013 ed i relativi schemi di contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti tra l'altro alla macroarea della riabilitazione ex art. 26;
- b. il flusso informativo regionale ARSAN file H registra il fatturato relativo al numero di prestazione di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali rese dai centri erogatori pubblici e provvisoriamente accreditati insistenti sul territorio della Regione Campania;
- c. il documento del Ministero della Salute relativo al "Monitoraggio dell'assistenza territoriale in Regione Campania" del dicembre 2013 elaborato dal SIVeAS (Sistema di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria) su fonte dati NSIS evidenzia per l'assistenza ai disabili nel 2011, che la Regione Campania, offre una assistenza in regime domiciliare di molto superiore rispetto al valore medio delle Regioni in Piano di Rientro
- d. il lavoro svolto dalla Regione Campania in collaborazione con l'AGENAS all'interno della linea progettuale LT1-B del POAT (Programma Operativo di Assistenza Tecnica) 2007/2013 "Individuazione di criteri integrativi e sostitutivi al criterio della spesa storica per la definizione dei



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

fabbisogni di prestazioni sanitarie e sociosanitarie per riabilitazione, lungo assistenza e mantenimento", evidenzia squilibri territoriali nella distribuzione dei tetti di spesa per la macro area Riabilitazione, rispetto alla distribuzione territoriale della popolazione residente e tenuto conto del consumo medio di prestazioni sanitarie;

- e. tali squilibri sono evidenti anche esaminando la mobilità infraregionale risultante dai dati disponibili da file H, in funzione della residenza degli utenti che usufruiscono delle prestazioni di riabilitazione;
- f. che lo squilibrio relativo ai regimi residenziale e semiresidenziale è attribuibile alla ubicazione fisica delle strutture, e che il riequilibrio territoriale sarà possibile nel medio periodo attraverso le riconversioni previste nei Programmi Operativi;

VISTO altresì

- a. che, a seguito di un lungo contenzioso nel quale la Regione è risultata soccombente (sentenza del Consiglio di Stato n. 740/2013), con decreto commissariale n. 81 del 5 luglio 2013 sono state approvate le nuove tariffe per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della legge 833/78 per gli anni 2003-2005 e 2006-2008;
- b. che l'efficacia del suddetto decreto era condizionata alla valutazione positiva dei ministeri affiancanti;
- c. che il Ministero della Salute e dell'Economia e finanze con parere n. 476 del 24/12/2013 relativo al DCA 81/2013 si è espresso in senso non favorevole con una serie di osservazioni, e chiede alla struttura commissariale di modificare il provvedimento adeguandolo alla normativa nazionale vigente sulle tariffe e di prevedere l'abrogazione del protocollo d'intesa ex DGRC 6757/1997;
- d. che, al fine di dare seguito al parere del ministeriale sul DCA 81/2013 e nelle more della conclusione dei lavori tuttora in corso per la definizione delle tariffe definitive, con DCA n. 22 del 5/5/2014 sono state approvate, in via provvisoria, le tariffe per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 a partire dall'anno 2014, con procedimento conforme alle indicazioni ministeriali;
- e. che con DCA n. 113/2013 venivano stabilite modalità per garantire la continuità di prestazioni ai soggetti con bisogni riabilitativi non differibili;
- f. che in base agli schemi dei contratti tra le ASL e le strutture private accreditate o transitoriamente accreditate approvati con DCA 86/2013 e s.m.i. le AA.SS.LL. corrispondono alle strutture stesse acconti mensili pari al 90% del fatturato mensile;
- g. che con decreto commissariale n. 89 del 11/8/2014 sono state determinate le tariffe definitive di riabilitazione estensiva ex art. 26 legge n. 833/1978 in vigore dal 1° gennaio 2014;

RITENUTO

- a. necessario programmare e fissare per l'anno 2014 i volumi di prestazioni e i correlati tetti di spesa per la macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 Legge 833/78, per la riabilitazione ex art. 44 Legge 833/78 (cd. Fisiokinesiterapia - FKT) nonché la macroarea della salute mentale, socio sanitario, RSA e Hospice;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- b. opportuno individuare criteri integrativi al criterio della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, al fine di renderli maggiormente aderenti ai fabbisogni di prestazioni sanitarie delle popolazioni residenti in ciascuna AASSLL;
- c. necessario fissare per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, come esposto nell'allegato n. 1 al presente decreto, i volumi massimi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 per l'esercizio 2014 ed i correlati limiti di spesa determinati utilizzando le tariffe di cui al suddetto DCA n. 89 del 11/8/2014 sulla base del numero di prestazioni dell'anno 2012 (corretto per tenere conto dell'assetto territoriale delle AA.SS.LL. determinato in ultimo dai decreti commissariali n. 98 del 10 agosto 2012 e n. 100 del 17 settembre 2012 con cui è stato disposto il trasferimento del Comune di Portici dall'ambito territoriale della ASL Napoli 1 Centro all'ambito territoriale della ASL Napoli 3 Sud, a decorrere a tutti gli effetti legali, amministrativi, operativi, contabili ed economico finanziari dal 1° gennaio 2013), ridotto del 6,5% per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali e domiciliari e del 5% per quanto riguarda le prestazioni semiresidenziali ex art. 26 in modo da mantenere per l'esercizio 2014 il tetto di spesa fissato per l'esercizio 2013 dal DCA 102/2013 (diminuito della compartecipazione socio sanitaria);
- d. di precisare che le suddette riduzioni sono modulate per:
- 1) mantenere la spesa massima complessiva regionale entro i limiti complessivi di spesa fissati per l'esercizio 2013 dal DCA 102/2013 al netto della compartecipazione;
 - 2) introdurre una prima integrazione al criterio della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, diversificando la suddetta riduzione complessiva del 6,5% delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari in funzione della posizione di ciascuna ASL rispetto alla media regionale pro capite (consuntivo 2012) con i seguenti criteri:
 - per le ASL di Avellino, Caserta e Salerno, che risultano al di sotto della media regionale 2012, i volumi massimi 2014 delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari sono stati incrementati rispetto al consuntivo 2012 in modo tale da ridurre del 10% la distanza del numero di prestazioni pro capite di ciascuna di esse dalla media regionale;
 - per le altre ASL, che nel 2012 risultano al di sopra della media regionale, i volumi massimi 2014 delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari sono stati ridotti di circa l'11% rispetto al consuntivo 2012;
- e. di includere nel tetto di spesa per la macroarea della riabilitazione ex art. 26, fissato con il presente provvedimento, le prestazioni erogate in regime residenziale e semiresidenziale, dai centri transitoriamente accreditati ex art. 26, ai sensi del punto 6 del DCA 6/2010; i correlati volumi di spesa sono determinati, come da nota del Sub Commissario ad acta n. 6527 dell'11/12/2013, provvisoriamente con le tariffe di cui al DCA 92/2013, anch'esse in corso di rideterminazione, e al netto delle quote di compartecipazione previste dal DPCM 29/11/2001 sui L.E.A.;
- f. di stabilire che i tetti prestazionali e i correlati tetti di spesa determinati con il presente decreto si applicano per l'anno 2014, e per i successivi due anni, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti;

PRECISATO, inoltre,



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- a. che è interesse dell'amministrazione garantire la distribuzione temporale delle prestazioni in corso d'anno in modo il più possibile omogeneo, al fine di evitare che il precoce esaurimento delle stesse possa compromettere il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- b. che al fine quindi di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno solare di prestazioni di riabilitazione di cui all'art. 26 Legge 833/78, il consumo del tetto annuale stabilito con il presente provvedimento è limitato al 95% al 30 novembre di ciascun anno;
- c. che, pertanto, le AASSLL nulla riconosceranno agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite del 95% al 30 novembre dell'anno di riferimento;

RITENUTO, altresì,

- a. in linea con le disposizioni di cui alle Linee Guida per la riabilitazione emanate con la delibera della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004 (BURC n. 22/2004), che al punto 5.2 che prevede "... la terapia domiciliare è prescritta in maniera tecnicamente motivata, limitatamente a pazienti intrasportabili o quando, anche temporaneamente, la situazione logistica aggraverebbe ulteriormente la condizione patologica del paziente", di stabilire che per ogni ASL, entro il numero complessivo di prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo e domiciliari, il numero delle prestazioni domiciliari non potrà essere superiore al 30% del totale;
- b. di demandare a ciascuna ASL di fissare tempestivamente i tetti di volumi prestazionali e correlati tetti di spesa per ciascun centro privato provvisoriamente accreditato del proprio territorio, avendo cura di stabilire tetti di volumi prestazionali per regime di erogazione e complessivi entro il correlato tetto di spesa stabilito nell'allegato n. 1 al presente decreto, e fissando per ogni centro privato erogatore il numero delle prestazioni domiciliari - al massimo - entro il 40% del numero complessivo di prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo e domiciliari, fatte salve le deroghe stabilite dai DCA n. 74/2010, 86/2011, 68/2012 e 85/2012, qualora confermate dalla ASL ai sensi del punto 8 del dispositivo del DCA n. 85/2012, e fermo restando il rispetto del limite complessivo del 30% di cui al punto precedente;
- c. di stabilire che le AA.SSLL entro 15 giorni dalla notifica del presente decreto devono assegnare alle strutture di riabilitazione che erogano prestazioni ex art. 26 e/o art. 44 legge 833/78 e/o socio sanitarie il limite di spesa per l'esercizio 2014, stipulando i relativi contratti secondo gli schemi allegati: A\1 (per strutture eroganti prestazioni di riabilitazione ex art. 26); A\2 (per strutture eroganti solo prestazioni di riabilitazione ex art. 44); A\3 (per strutture eroganti solo prestazioni di salute mentale e socio sanitario) da trasmettere tempestivamente alla Direzione Generale Tutela della Salute;
- d. di dare mandato ai Direttori Generali, al fine di garantire la continuità assistenziale per bisogni ritenuti indifferibili, con particolare riferimento a quelli dei disabili in età evolutiva, di dare indirizzi ai centri accreditati per la presa in carico prioritaria dei soggetti con bisogni riabilitativi indifferibili in particolare per l'età evolutiva, rispettando il limite del 95% del tetto prestazionale e di correlata spesa al 30 novembre, garantendo l'attività anche per il mese di dicembre;
- e. di confermare per l'esercizio 2014 i limiti di spesa già fissati dal decreto commissariale n. 102/2013 per la macroarea della salute mentale, socio sanitario, RSA e Hospice, con la sola modifica di fissare



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

il limite di spesa al netto (anziché al lordo) della compartecipazione socio sanitaria, secondo quanto esposto nelle colonne N, O e P dell'allegato n. 1 al presente decreto;

- f. di confermare per l'esercizio 2014 i limiti di spesa già fissati dal decreto commissariale n. 102/2013 per le prestazioni di fisiokinesiterapia (Medicina Fisica e Riabilitativa), con la sola modifica di ridurre detto limite dell'1% in quantità e valore, rispetto al 2013, secondo quanto esposto nelle colonne Q, R ed S dell'allegato n. 1 al presente decreto, in modo da contribuire all'adempimento dell'obbligo, disposto dal decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, all'art. 15, comma 14, in base al quale: *"A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014"*;
- g. di stabilire i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa riconoscibili nell'esercizio 2014 per singola ASL sono fissati con i dettagli esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto, con le seguenti principali specificazioni:
1. ciascuna ASL, tenuto conto dei dati di consuntivo 2013 e del primo semestre 2014, suddivisi per tipologia di prestazione, nonché di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, attribuirà ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2014 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie, fermi restando i volumi massimi delle diverse tipologie di prestazioni ed i correlati limiti di spesa attribuiti a ciascuna ASL nell'allegato n. 1 al presente decreto, nonché il rispetto del limite complessivo del 30%, relativo alle prestazioni domiciliari, di cui ai punti precedenti;
 2. per quanto riguarda i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa 2014 della riabilitazione ex art. 44 della L. 833/78 (assistenza specialistica ambulatoriale per la branca di medicina fisica e riabilitativa), ciascuna ASL attribuirà ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i limiti di spesa 2014, assumendo l'importo inferiore fra il tetto di spesa 2013 ed il consuntivo di spesa 2013, fatta salva la facoltà dell'ASL di considerare ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e valutare con ragionevolezza ed equità nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, al fine di attribuire ai singoli centri privati l'ammontare totale dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2014 della riabilitazione ex art. 44 L. 833/78 fissati nell'allegato n. 1 al presente decreto;
- h. di ribadire che eventuali incrementi dei volumi di prestazioni e/o dei limiti di spesa per l'esercizio 2014 delle prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, potranno essere coperti esclusivamente con la riduzione dei volumi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78;
- i. di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati che erogano prestazioni di



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- riabilitazione ex art. 26 o ex art. 44 Legge 833/78, e/o rientranti nella macroarea della salute mentale, socio sanitario, RSA e Hospice, accreditati o provvisoriamente/ temporaneamente accreditati;
- j. di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26, di salute mentale, per le tossicodipendenze e sociosanitarie in RSA/CD, nonché la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL; gli stessi saranno ritenuti, pertanto, responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
- k. di precisare che per le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto approvato dal presente decreto, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria -, in quanto prive di contratto, dal 1° agosto 2014 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

DATO ATTO, altresì,

- a. che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente decreto;
- b. che nelle riunioni congiunte di verifica del Piano di Rientro, tenutasi il 27/11/2013 ed il 10/4/2014, il Tavolo di Verifica degli Adempimenti Regionali ed il Comitato Permanente per i Livelli Essenziali di Assistenza hanno prescritto l'inserimento nei contratti con gli erogatori privati di una "clausola di salvaguardia" ai fini della "tutela della programmazione regionale", che è stata pertanto inserita con parziali adattamenti negli schemi contrattuali allegati al presente decreto;
- c. che il presente decreto viene trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze e con successivi atti potranno essere recepite eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

DECRETA

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di programmare e fissare per l'anno 2014 i volumi di prestazioni e i correlati tetti di spesa per la macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 Legge 833/78, per la riabilitazione ex art. 44 Legge 833/78 (cd. Fisiokinesiterapia - FKT) nonché la macroarea della salute mentale, socio sanitario, RSA e Hospice;



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

3. Di individuare criteri integrativi al criterio della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, al fine di renderli maggiormente aderenti ai fabbisogni di prestazioni sanitarie delle popolazioni residenti in ciascuna AASSLL;
4. Di fissare per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, come esposto nell'allegato n. 1 al presente decreto, i volumi massimi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 per l'esercizio 2014 ed i correlati limiti di spesa determinati utilizzando le tariffe provvisorie di cui al n. 89 del 11/8/2014 sulla base del numero di prestazioni dell'anno 2012 (corretto per tenere conto dell'assetto territoriale delle AA.SS.LL. determinato in ultimo dai decreti commissariali n. 98 del 10 agosto 2012 e n. 100 del 17 settembre 2012 con cui è stato disposto il trasferimento del Comune di Portici dall'ambito territoriale della ASL Napoli 1 Centro all'ambito territoriale della ASL Napoli 3 Sud, a decorrere a tutti gli effetti legali, amministrativi, operativi, contabili ed economico finanziari dal 1° gennaio 2013), ridotto del 6,5% per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali e domiciliari e del 5% per quanto riguarda le prestazioni semiresidenziali ex art. 26, in modo da mantenere per l'esercizio 2014 il tetto di spesa fissato per l'esercizio 2013 dal DCA 102/2013 (diminuito della compartecipazione socio sanitaria);
5. Di precisare che le suddette riduzioni sono modulate per:
 - a) mantenere la spesa massima complessiva regionale entro i limiti complessivi di spesa fissati per l'esercizio 2013 dal DCA 102/2013 al netto della compartecipazione;
 - b) introdurre una prima integrazione al criterio della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, diversificando la suddetta riduzione complessiva del 6,5% delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari tra le diverse ASL in considerazione del posizionamento di ciascuna di esse rispetto alla media pro capite regionale, come specificato in premessa;
6. Di includere nel tetto di spesa per la macroarea della riabilitazione ex art. 26, fissato con il presente provvedimento, le prestazioni erogate in regime residenziale e semiresidenziale, dai centri transitoriamente accreditati ex art. 26, ai sensi del punto 6 del DCA 6/2010; i correlati volumi di spesa sono determinati, come da nota del Sub Commissario ad acta n. 6527 dell'11/12/2013, provvisoriamente con le tariffe di cui al DCA 92/2013, anch'esse in corso di rideterminazione, e al netto delle quote di compartecipazione previste dal DPCM 29/11/2001 sui L.E.A.;
7. Di stabilire che per ogni ASL, entro il numero complessivo di prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo e domiciliari, il numero delle prestazioni domiciliari non potrà essere superiore al 30% del totale;
8. Di demandare a ciascuna ASL di fissare tempestivamente i tetti di volumi prestazionali e correlati tetti di spesa per ciascun centro privato provvisoriamente accreditato del proprio territorio, avendo cura di stabilire tetti di volumi prestazionali per regime di erogazione e complessivi entro il correlato tetto di spesa come fissato nell'allegato n. 1 al presente decreto, e fissando per ogni centro privato erogatore il numero delle prestazioni domiciliari - al massimo - entro il 40% del numero complessivo di prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo e domiciliari, fatte salve le deroghe stabilite dai DCA n. 74/2010, 86/2011, 68/2012 e 85/2012, qualora confermate dalla ASL ai sensi del punto 8 del dispositivo del DCA n. 85/2012, e fermo restando il rispetto del limite complessivo del 30% di cui al punto precedente;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

9. Di stabilire che i tetti prestazionali e i correlati tetti di spesa determinati con il presente decreto si applicano per l'anno 2014, e per i successivi due anni, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti;
10. Di stabilire che le AA.SSLL entro 15 giorni dalla notifica del presente decreto devono assegnare alle strutture di riabilitazione che erogano prestazioni ex art. 26 e/o art. 44 legge 833/78 e/o socio sanitarie il limite di spesa per l'esercizio 2014, stipulando i relativi contratti secondo gli schemi allegati: A\1 (per strutture eroganti prestazioni di riabilitazione ex art. 26); A\2 (per strutture eroganti solo prestazioni di riabilitazione ex art. 44); A\3 (per strutture eroganti solo prestazioni di salute mentale e socio sanitario) da trasmettere tempestivamente alla Direzione Generale Tutela della Salute;
11. Di dare mandato ai Direttori Generali, al fine di garantire la continuità assistenziale per bisogni ritenuti indifferibili, con particolare riferimento a quelli dei disabili in età evolutiva, di dare indirizzi ai centri accreditati per la presa in carico prioritaria dei soggetti con bisogni riabilitativi indifferibili in particolare per l'età evolutiva, rispettando il limite del 95% del tetto prestazionale e di correlata spesa al 30 novembre, garantendo l'attività anche per il mese di dicembre;
12. Di confermare per l'esercizio 2014 i limiti di spesa già fissati dal decreto commissariale n. 102/2013 per la macroarea della salute mentale, socio sanitario, RSA e Hospice, con la sola modifica di fissare il limite di spesa al netto (anziché al lordo) della compartecipazione socio sanitaria, secondo quanto esposto nelle colonne N, O e P dell'allegato n. 1 al presente decreto;
13. Di confermare per l'esercizio 2014 i limiti di spesa già fissati dal decreto commissariale n. 102/2013 per le prestazioni di fisiokinesiterapia (Medicina Fisica e Riabilitativa), con la sola modifica di ridurre detto limite dell'1% in quantità e valore, rispetto al 2013, secondo quanto esposto nelle colonne Q, R ed S dell'allegato n. 1 al presente decreto, in modo da contribuire all'adempimento dell'obbligo, disposto dal decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, all'art. 15, comma 14, in base al quale: "A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014";
14. Di stabilire i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa riconoscibili nell'esercizio 2014 per singola ASL sono fissati con i dettagli esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto, con le seguenti principali specificazioni:
 - a) ciascuna ASL, tenuto conto dei dati di consuntivo 2013 e del primo semestre 2014, suddivisi per tipologia di prestazione, nonché di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, attribuirà ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2014 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie, fermi restando i volumi massimi delle diverse tipologie di prestazioni ed i correlati limiti di spesa attribuiti a ciascuna ASL nell'allegato n. 1 al presente decreto, nonché il rispetto del limite complessivo del 30%, relativo alle prestazioni domiciliari, di cui ai punti precedenti;



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- b) per quanto riguarda i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa 2014 della riabilitazione ex art. 44 della L. 833/78 (assistenza specialistica ambulatoriale per la branca di medicina fisica e riabilitativa), ciascuna ASL attribuirà ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i limiti di spesa 2014, assumendo l'importo inferiore fra il tetto di spesa 2013 ed il consuntivo di spesa 2013, fatta salva la facoltà dell'ASL di considerare ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e valutare con ragionevolezza ed equità nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, al fine di attribuire ai singoli centri privati l'ammontare totale dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2014 della riabilitazione ex art. 44 L. 833/78 fissati nell'allegato n. 1 al presente decreto;
15. Di ribadire che eventuali incrementi dei volumi di prestazioni e/o dei limiti di spesa per l'esercizio 2014 delle prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, potranno essere coperti esclusivamente con la riduzione dei volumi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78;
16. Di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 o ex art. 44 Legge 833/78, e/o rientranti nella macroarea della salute mentale, socio sanitario, RSA e Hospice, accreditati o provvisoriamente/ temporaneamente accreditati;
17. Di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26, di salute mentale, per le tossicodipendenze e sociosanitarie in RSA/CD, nonché la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL; gli stessi saranno ritenuti, pertanto, responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
18. Di precisare che per le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto approvato dal presente decreto, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria -, in quanto prive di contratto, dal 1° agosto 2014 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);
19. Di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, sulla base di appositi accordi, potranno trasferire le risorse per la quota di competenza sanitaria agli Ambiti Territoriali per i servizi resi dalle comunità alloggio, autorizzate ai sensi della D.G.R.C. n. 666 del 6 dicembre 2011 recepita con decreto commissariale n. 41 del 5 aprile 2011 e del Regolamento n. 4/2014 nei limiti delle risorse dedicate previste dal presente decreto;
20. Di dare atto che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente decreto..



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

21. Di dare atto che il presente decreto viene trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze e con successivi atti potranno essere recepite eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri.
22. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, alla U.O.D. Interventi sociosanitari, alla U.O.D. economico-finanziario, alla Direzione Generale per le risorse finanziarie U.O.D. Unità Operativa Dirigenziale Bilancio annuale e pluriennale di previsione, al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, all'ARSAN ed alla U.O.D. Bollettino Ufficiale per la pubblicazione, nonché per gli adempimenti di pubblicità e trasparenza previsti dagli artt. 26 e 27 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad acta
Dott. Mario Morlacco

Il Capo del Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente UOD 05 – Interventi Socio Sanitari
Dott.ssa Marina Rinaldi

Il Dirigente UOD 14 – G.E.F.
Dott. G.F. Ghidelli

Il funzionario responsabile
Dott.ssa M.R. Canzanella

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Volumi massimi di prestazioni e correlati limiti di spesa per l'esercizio 2014

% di riduzione sul 2012: 6,5% 5% 0% 0%

Prestazioni di riabilitazione art. 26 L. 833/78 (1)	Volumi massimi di prestazioni acquistabili nel 2014 dai centri operanti in ciascuna ASL					Corrispondenti limiti di spesa nel 2014 espressi in migliaia di euro (2)					K budget ASL per addebiti da altre regioni	L = J + K Totale limite di spesa 2014
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J		
	ambulatoriali e domiciliari	semi residenziale	semi res. oltre 240 g.	residenziali	Totale n° di prestazioni	ambulatoriali e domiciliari	semi res <= 240 g.	semi res > 240 g.	residenziali	Totale limite di spesa		
ASL Avellino	206.872	10.740	11.450	41.900	270.962	8.924	780	630	5.070	15.404	534	15.938
ASL Benevento	287.916	6.620	0	5.550	300.086	12.404	540	0	800	13.744	148	13.892
ASL Caserta	656.220	14.860	34.130	5.280	710.490	28.271	1.170	1.870	560	31.871	99	31.970
ASL Napoli 1 Centro	908.050	19.200	135.020	0	1.062.270	38.869	1.390	7.410	0	47.669	1.405	49.074
ASL Napoli 2 Nord	911.608	39.880	0	17.930	969.418	38.819	3.140	0	3.020	44.979	208	45.187
ASL Napoli 3 Sud	1.063.796	46.850	108.760	43.310	1.262.716	45.684	3.510	5.970	4.710	59.874	348	60.222
ASL Salerno	757.647	92.380	45.390	135.460	1.030.877	32.689	6.990	2.490	20.960	63.129	693	63.822
TOTALE	4.792.109	230.530	334.750	249.430	5.606.819	205.661	17.520	18.370	35.120	276.671	3.434	280.105

(1) Compresse le prestazioni di riabilitazione art. 26 che superano i 240 gg. di degenza

(2) Importi valorizzati in base al mix di produzione 2012 ed alle tariffe definitive per il 2014 (per quelle > 240 gg.: ai sensi del DCA 92/2013 fascia B al netto della compartecipazione socio sanitaria)

Importi in migliaia di euro ed al netto della compartecipazione e socio sanitaria	Limiti di spesa 2014			Limiti di spesa 2014			
	Prestazioni di salute mentale, Socio Sanitario, RSA ed Hospice			Prestazioni di ass.za Specialistica di Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT)			
	N	O	P	Q	R	S	
	centri operanti nella ASL	adebiti da altre regioni	totale	ASL	Limite di spesa 2014 a tariffa	Limite 2014 spesa netta (3)	per n° prestazioni 2014
ASL Avellino	7.940	727	8.667	AV	1.810	1.640	89.050
ASL Benevento	4.250	248	4.498	BN	1.600	1.440	79.090
ASL Caserta	18.720	904	19.624	CE	5.140	4.700	253.790
ASL Napoli 1 Centro	10.470	577	11.047	NA1	7.070	6.550	334.600
ASL Napoli 2 Nord	18.650	447	19.097	NA2	9.060	8.460	412.040
ASL Napoli 3 Sud	10.820	888	11.708	NA3	9.020	8.310	442.060
ASL Salerno	10.970	1.457	12.427	SA	5.310	4.670	269.310
TOTALE	81.820	5.247	87.067	TOTALE	39.010	35.770	1.879.940

(3) Importi in migliaia di euro al netto del ticket e della quota ricetta nazionale regionale

Contratto tra

Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):

con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) – Via n°

rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF

come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto;

il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di
- che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del __/__/2014.

E

L'Azienda Sanitaria Locale con sede in Partita IVA:
rappresentata dal Direttore Generale, nato a il
....., munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n. ____ del _____,

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (come definita nell'allegato n. 4 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"), da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014 redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. ____ del ____ / ____ / 2014.

PREMESSO

- che con decreto n. ____ del ____ / ____ / 2014 il Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 erogate nel corso del 2014, ed ha emanato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2**(oggetto)**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (come definita nell'allegato n. 4 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza") da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare dette prestazioni da erogarsi nel corso dell'anno 2014.

Art. 3**(quantità delle prestazioni)**

1. Il volume massimo di prestazioni che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2014, è determinato in :
 - a) N.prestazioni **ex art. 26** L. 833/78 Ambulatoriali/Domiciliari di cui: n° prestazioni **ex art. 26** L. 833/78 Domiciliari;
 - b) N.prestazioni **ex art. 26** L. 833/78 Semi Residenziali;
 - c) N.prestazioni **ex art. 26** L. 833/78 Residenziali.
2. In ogni caso non sarà riconosciuto liquidabile il numero di prestazioni di riabilitazione domiciliare ex art. 26 L. 833/78 eventualmente eccedente quello fissato alla lettera a) del precedente comma 1.

Art. 4**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
 - a) per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro
 - b) per le prestazioni semi residenziali di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro (al netto della quota di compartecipazione dell'utente / Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza);
 - c) per le prestazioni residenziali di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro (al netto della quota di compartecipazione dell'utente / Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza);

Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente e relativi alle prestazioni ex art. 26, fermo restando il rispetto della C.O.M. della struttura, è consentito che un superamento dei limiti di spesa relativo alle prestazioni semiresidenziali e residenziali possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari; mentre non è consentita la condizione opposta: un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari non potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni semiresidenziali e residenziali. La ASL e la sottoscritta struttura privata potranno modificare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa per incrementare in quantità e valore le prestazioni di salute mentale e socio sanitarie

(RSA / Hospice) riducendo dello stesso valore economico quelle di riabilitazione art. 26. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2014: pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto consumo massimo.

2. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni socio sanitarie, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente / Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6,

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. ... membri di cui n. designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. membri nominati dalla ASL.

2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
5. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro novanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a luglio; entro il 31 gennaio per le fatture relative ai mesi di agosto, settembre ed ottobre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture di novembre e dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4.
3. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese in corso d'anno non potrà essere liquidato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione.
4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;

- b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
6. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
8. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:
- codice IBAN: _____;
- presso: _____,
- generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____;
- _____;
- impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 8

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. ___ del ___ / ___ / 2014.

Art. 10

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la struttura, operante nel territorio della sottoscritta ASL, accetta espressamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei

tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto e/o provvedimento agli stessi collegati e/o presupposti, in quanto costituenti parte integrante necessaria del sottoscrivendo contratto.

..... , ____ / _____ 2014

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Contratto tra
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) – Via n°
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o
della Regione che redige il presente atto;
il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi
dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come
attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante
la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data
recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di
conferimento dei poteri agli Amministratori;
- che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di
concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova
in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di
- che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di
prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause
ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti
indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela
dell'igiene e della salute sul lavoro;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato
dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del __/__/2014.

E

L'Azienda Sanitaria Locale con sede in Partita IVA:
rappresentata dal Direttore Generale, nato a il
....., munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n. ____ del _____,

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti all'area della
assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di medicina fisica e riabilitativa (cd.
riabilitazione ex art 44 della L. 833/78), come definita nell'allegato n. 3 alla DGRC n. 1269 del
16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza",
da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014 redatto in conformità al decreto del
Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n.
__ del __ / __ / 2014.

PREMESSO

- che con decreto n. __ del __ / __ / 2014, il Presidente Commissario ad Acta per la
Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi entro i quali
possono rientrare le prestazioni sanitarie di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex
art 44 della L. 833/78) da erogarsi nel corso del 2014, ed ha emanato anche i relativi schemi
contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78) come definita nell'allegato, n 3 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza") da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare dette prestazioni sanitarie da erogarsi nel corso dell'anno 2014.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2014, è determinato in n. prestazioni

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
 - a) € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
 - b) € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;
2. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2014; pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite.
3. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o

risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.

4. Gli importi di cui al comma 1, divisi per il corrispondente volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, definiscono il valore medio della prestazione per la macroarea / tipologia di prestazioni.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto del ticket ed al netto della quota ricetta regionale e nazionale, costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate dalla ASL nell'anno 2014, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità del volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
4. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. membri di cui n. designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n..... membri nominati dalla ASL.

2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
5. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro novanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a luglio; entro il 31 gennaio per le fatture relative ai mesi di agosto, settembre ed ottobre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture di novembre e dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4.
3. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese in corso d'anno non potrà essere liquidato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione.
4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa

non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:

- a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
- b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
- c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
- d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.

6. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
8. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:

codice IBAN: _____;

presso: _____,

generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____;

_____;
impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 8

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.

3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ del ___ / ___ / 2014.

Art. 10

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la struttura, operante nel territorio della sottoscritta ASL, accetta espressamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto e/o provvedimento agli stessi collegati e/o presupposti, in quanto costituenti parte integrante necessaria del sottoscrivendo contratto.

..... , ___ / _____ 2014

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Contratto tra
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) – Via n°
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o
della Regione che redige il presente atto;
il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi
dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:
a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come
attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante
la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data
recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di
conferimento dei poteri agli Amministratori;
b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di
concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova
in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di;
c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di
prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause
ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti
indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela
dell'igiene e della salute sul lavoro;
e) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato
dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del __/__/2014.

E

L'Azienda Sanitaria Locale con sede in Partita IVA:
rappresentata dal Direttore Generale, nato a il
....., munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n. ____ del _____,

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della
salute mentale e socio-sanitaria, come definite, rispettivamente, nell'allegato n. 5 alla DGRC n.
1269 del 16.7.09), da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014 redatto in conformità al
decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. ____ del ____ / ____ /
2014.

PREMESSO

- che con decreto n. ____ del ____ / ____ / 2014 il Presidente Commissario ad Acta per la
Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi entro i
quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di assistenza salute mentale e socio-sanitaria,
erogate nel corso del 2014, ed ha emanato anche i relativi schemi contrattuali, cui si
uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni
afferenti alla macroarea della salute mentale e socio-sanitaria, come definite, rispettivamente,

nell'allegato, n 5 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09) da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare dette prestazioni da erogarsi nel corso dell'anno 2014.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo di prestazioni che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2014, è determinato in n. prestazioni di RSA / Comunità Terapeutica / Hospice.
2. Resta inteso che il mix di prestazioni potrà essere diverso, purché siano rispettati i limiti di spesa fissati nel successivo art. 5 e purché l'erogazione delle prestazioni avvenga in corso d'anno nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2014.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato in Euro..... (al netto della quota di compartecipazione dell'utente / Comune);
2. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2014; pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite.
3. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni socio sanitarie, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura priva ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente / Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie

oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n..... membri di cui n. designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. ... membri nominati dalla ASL.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
5. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro novanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a luglio; entro il 31 gennaio per le fatture relative ai mesi di agosto, settembre ed ottobre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture di novembre e dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità

delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4.

3. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese in corso d'anno non potrà essere liquidato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione.
4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
6. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
8. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:

codice IBAN: _____;

presso: _____,

generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____;

_____;
impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 8

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014 in esecuzione del decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. ____ del ____ / ____ / 2014.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9**(norme finali)**

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. ___ del ___ / ___ / 2014.

Art. 10**(Clausola di salvaguardia)**

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la struttura, operante nel territorio della sottoscritta ASL, accetta espressamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto e/o provvedimento agli stessi collegati e/o presupposti, in quanto costituenti parte integrante necessaria del sottoscrivendo contratto.

....., ___ / _____ 2014

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata
